



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde da Família

TITULO: Percepção dos riscos que hábitos alimentares inadequados trazem aos pacientes diabéticos

Dra. Yaneisi Sánchez Espinosa

Orientadora: Professora Elisabeth Niglio de Figueiredo

UBS Vila Maggi Julho 2014

SUMARIO.

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema	3
1.2. Justificativa da intervenção.....	4
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Revisão Bibliográfica.....	5
4. Metodologia	
4.1. Cenários do estudo.....	6
4.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	7
4.3. Estratégias e ações.....	7
4.4. Avaliação e monitoramento.....	8
5. Resultados Esperados.....	8
6. Cronograma.....	8
7. Referências.....	9
8. Anexo.....	11

1- Introdução

Identificação e apresentação do problema

As principais causas de mortes no mundo são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que provocam um elevado número de mortes de pacientes em idades precoces, além da perda de qualidade de vida uma vez que a falta de controle sobre esses agravos acarreta a ocorrência de complicações com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, geram impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.^{1,2}

É importante destacar que as DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham de vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada. Estudos epidemiológicos ressaltam que as doenças crônicas vasculares (DCV) seriam uma causa relativamente rara de morte na ausência destes principais fatores de risco.^{1,2}

Stamber et al.(3), apontam que cerca de 75% dos casos novos de doenças ocorridos em países desenvolvidos nas décadas de 70 e 80, poderiam ser explicados pela ingestão de dieta inadequada e pela inatividade física. Destaca-se que a ingestão de uma alimentação adequada é importante para que o controle do diabetes seja atingido. São necessárias mudanças dos hábitos alimentares, favorecendo um melhor controle metabólico e do peso corporal.⁴

No entanto, as pessoas mantêm, desde a infância, no interior do núcleo familiar, sendo ainda crianças, têm culturas alimentares tradicionais muitas vezes errôneas, difíceis de mudar, necessitando de uma intervenção nutricionista eficaz destinada a sensibilizar e alcançar conscientização da população, dado os aspectos psicológicos, socioculturais, educacionais e econômicos.⁵

As estratégias que envolvem a alimentação e a nutrição, como formas de intervenção, tornam-se imprescindíveis a qualquer programa que vise, a partir do princípio da integralidade das ações, elevar a qualidade de vida da população.⁶

A efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e qualidade de vida da população brasileira.¹

Dentre os problemas prioritários de saúde diagnosticados pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em sua área de abrangência na UBS Vila

Maggi, encontra-se a alta prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis, dentre elas a Diabetes Mellitus.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).⁷ O objetivo é lograr atender os problemas principais e frequentes de saúde da população, sendo as doenças crônicas não transmissíveis as mais priorizadas e avaliar e tratar aos pacientes sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais.

Justificativa da intervenção.

O tema escolhido para ser abordado refere-se aos hábitos alimentares inadequados dos pacientes diabéticos. O diagnóstico situacional apontou que dentre 280 diabéticos cadastrados e acompanhados, 112 são idosos, desses 16 não são alfabetizados e oito moram sozinhos, podendo essas variáveis explicar a falta de controle glicêmico desses pacientes. Além disso, os agentes comunitários de saúde (ACS) tem observado, em suas visitas domiciliares, a dificuldade encontrada por essa população para uma alimentação adequada. Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família Vila Maggi, município de São Paulo, o número acentuado de pacientes que assistem a consulta por diabetes mellitus descompensada e entre as principais causas de descompensação está os hábitos alimentares inadequados, chamou a atenção. Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e a dieta não foi a correta. Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, unanimemente aceitaram seu desconhecimento sobre alguns aspectos do tema.

Diante disso, este trabalho procurará responder a seguinte questão de estudo: Quais intervenções serão necessárias para melhorar os hábitos alimentares de pacientes diabéticos de forma a reduzir descompensação do nível glicêmico e suas conseqüentes complicações?

2- Objetivos

2.1- Objetivos Gerais

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar os hábitos alimentares de pacientes diabéticos em uma Unidade Estratégia Saúde da Família.

2.2- Objetivos Específicos

Identificar a frequência, a qualidade e quantidade dos alimentos consumidos pelos pacientes diabéticos.

3- Revisão bibliográfica.

O termo diabetes mellitus descreve uma desordem metabólica de etiologia múltipla, caracterizada por uma hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono, lipídeos e proteínas, resultantes de deficiências na secreção ou ação da insulina, ou de ambas.⁸

Os efeitos da diabetes mellitus, a longo prazo, incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, podendo apresentar sintomas característicos tais como sede, poliúria, visão turva e perda de peso. Em casos mais graves pode desenvolver-se cetoacidose ou um estado hiperosmolar não-cetônico que pode conduzir à letargia, coma e, na ausência de tratamento adequado, à morte.⁹

São dois os tipos de diabetes: diabetes I e II. Apenas 10% dos diabéticos têm a diabetes tipo I, esse tipo se manifesta, principalmente, em crianças e adolescentes. Nela, o pâncreas do indivíduo produz pouca insulina ou nenhuma, pois as células betas, que são as que produzem a insulina, são destruídas de uma forma irreversível e é necessário receber injeções diárias de insulina. Deve-se controlar a insulina, a alimentação e fazer exercícios. O diabetes Tipo II: Também aparece em crianças e jovens, mas é mais comum depois dos 30 anos, em pessoas obesas e pessoas idosas. Neste tipo o pâncreas continua a produzir a insulina, mas o organismo que se torna resistente aos seus efeitos. O tipo II é comum também para quem tem casos na família.¹⁰

Os sintomas da diabetes são: a concentração de açúcar no sangue; aumento de volume urinário; perda de peso (Tipo I antes do tratamento, já no tipo II não) fome exagerada; visão turva; sonolências, náuseas; facilidade para ter infecções.¹⁰ O tratamento para diabetes deve ser feito com uma dieta adequada, atividade física três vezes por semana ou mais e adesão ao tratamento farmacológico. Para o controle da diabetes é importante verificar a glicemia diariamente utilizando as tiras reagentes e o glicômetro e seguir todas as orientações do profissional de saúde por toda a vida, pois a diabetes é uma doença crônica que não tem cura.¹¹

A abordagem nutricional deve ser feita com uma dieta equilibrada, respeitando a idade e o estilo de vida do indivíduo. Recomendações gerais da dieta para diabetes foram apontadas em estudos realizados com pacientes diabéticos no Município Teixeira são elas:

Fazer seis refeições por dia, sempre de três em três horas;

Dar preferência ao consumo de alimentos dieta; Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras e cereais;

Beber bastante água;

Evitar todo tipo de açúcar e adoçante

Além disso, deve-se evitar o consumo de gordura saturada e carboidratos simples¹¹. A importância dessas recomendações foi constatada em estudo realizado com idosos, que apresentavam bom nível socioeconômico e faziam

uso de alimentos dietéticos (como adoçantes, carne vermelha, refrigerantes e leite e derivados), ao invés da restrição de alimentos que, porventura pudessem ser prejudiciais à saúde.¹²

Ainda, segundo o Ministério da Saúde, a ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol, como carne de porco, embutidos, miúdos, vísceras, pele de frango, dobradinha, gema de ovo, mocotó, carne vermelha com gordura aparente, leite e iogurte integral, manteiga, creme de leite, chocolate deve ser evitada.¹³

Estudo de adesão ao tratamento dietético, em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2, atendidos no ambulatório de nutrição de um hospital regional da asa norte apontou como as principais causas que leva o paciente diabético a não cumprir com uma dieta adequada são: pacientes idosos, não alfabetizados, com baixa escolaridade, que moram sozinhos, com dois o três empregos, o que dificulta uma boa alimentação.¹⁴

Outro fator importante no tratamento é a prática de atividade física, pois, além de auxiliar na manutenção do peso (diminui o tecido gorduroso e aumento o tecido muscular), o exercício físico auxilia no transporte da glicose para as células, sem a utilização da insulina.¹⁵ Este efeito ocorre somente no Diabetes Tipo 2, o que foi constatado em um estudo com pacientes idosos diabético tipo 2 na Espanha.¹⁶ Estudos mostram que a adesão à terapia farmacológica, entre pessoas com diabetes, é de 67,5%, considerada a mais baixa quando comparada à adesão a outros aspectos do tratamento dessa doença.¹⁷ Com o não cumprimento do regime medicamentoso com antidiabéticos orais Aos o paciente com DM 2 não obtém os benefícios fisiológicos esperados (normoglicêmica), deteriora a relação paciente/profissional de saúde, além de elevar os custos médicos com a gênese de complicações micro e macrovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, retinopatias, amputações e óbitos diretos.¹⁸

Em um estudo sobre a observância de terapia com antidiabéticos orais, em usuários da atenção primária, de Fortaleza, observou-se que uma das causas de não adesão é o baixo conhecimento sobre a doença.¹⁹

Assim, aliar controle alimentar e terapia farmacológica constituem estratégias importantes para o controle glicêmico adequados em nível individual e coletivo.

4- Metodologia

4.1. Cenários do estudo: O estudo será realizado no PSF Villa Maggi, Pirituba, localizado na região norte do município de São Paulo – SP.

4.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve 280 pacientes cadastrados como diabéticos da equipe amarela da unidade de Saúde Vila Maggi.

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com diabetes mellitus, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados por microáreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção, quando serão convidados a responder a um questionário (anexo 1) referente ao conhecimento sobre a doença, hábitos alimentares e controle glicêmico.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento dos valores de glicemia e avaliação da dieta.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à dieta e sobre suas formas variadas, e acordo com o profissional selecionado para a data.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	Acolhimento e explanação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	Indicação, manejo adequado da dieta e orientações médicas.	Médica
3º dia	Alimentação saudável	Médica
4º dia	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a diabetes mellitus	Enfermeira
5º dia	Como evitar as principais complicações da DM.	Enfermeira
6º dia	Importância da dieta para o controle da DM.	Médica
7º dia	Discussão analítica e global do projeto; Aplicação do questionário; Confraternização.	Equipe de Saúde

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenais que serão realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Após o término das ações de intervenção, o mesmo questionário será aplicado e a comparação das respostas antes e depois da intervenção possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5- Resultados Esperados

Uma atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe possibilitará que os pacientes do Grupo alcancem a percepção dos riscos que a dieta inadequada traz a eles e conseqüentemente as complicações que se podem prevenir.

6- Cronograma

Atividades	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

7- Referências Bibliográficas

- 1- Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2005; 14(1):41-68.
- 2- Organização Panamericana de Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.
- 3- Stamper J, Stamper R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglius ML, Garside D, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. J Am Med Assoc. 1999; 282(21): 2012-18.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2002.
- 5- Motta DG, Boog MCF. Fundamentos do comportamento alimentar. In: Educação nutricional. 3a. ed. São Paulo: Ibrasa. 1991. Capítulo 3, p.34-54.
- 6- Assis AMO, Santo SMC, Freitas MCS, Santos JM, Silva MCM. O Programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr. 2002; 15(3): 255-66. doi: 10.1590/S141552732002000300001
- 7- Azevedo, A.M.A. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007
- 8- Alberti KGMM, Zimmet PZ for the WHO Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of WHO Consultation. Diabetic Medicine 1998; 15: 539-553.
- 9- KGMM Alberti, P Aschner, J-P Assal, J Jervell, Y Kanazawa, H Keen, etc, AL, Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, SOCIEDADE PORTUGUESA DIABETOLOGIA, ano 2012.
- 10- Leila Maria Batista Araújo, Maria M. dos Santos Britto, Thomaz R. Porto da Cruz, Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções, Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, Print version ISSN 0004-2730, q

11-Fernanda Lima, Diabetes Mellitus, INFOESCOLA, boasauade. uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3146&ReturnCatID=1764.

12- Rosângela Minardi Mitre Cotta; Roberta Sena Reis; Kelly Cristina Siqueira Batista; Glauce Dias; Rita de Cássia Gonçalves Alfenas; Fátima Aparecida Ferreira de Castro, Hábitos e práticas alimentares de ,hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária, Revista de Nutrição, vol.22 no.6 Campinas Nov./Dec. 20 11-Brasil.

13- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2002.

14- Andreia Torres, Adesão ao tratamento dietético em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos no ambulatório de nutrição do hospital regional da asa nortemore.

15- Zanuso S, Jimenez A, Pugliese G, Corigliano G, Balducci S. Exercise for the management of type 2 diabetes: a review of the evidence. Acta Diabetol 2010; 47:15-22.

16- Sañudo, Borja; Alfonso-Rosa, Rosa María; del Pozo-Cruz, Jesús; del Pozo-Cruz, José, Influência do nível de atividade física sobre a aptidão física e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos portadores ou não de diabetes mellitus tipo 2, Rev. bras. med. esporte; 19(6): 410-414, nov.-dez. 2013.

17- Dimatteo MRP. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. Med Care. 2004 Mar; 42(3): 2009.

18- Skyler JA. Relação do controle glicêmico com as complicações diabéticas. In: Inzucchi, S. Diabete Melito: manual de cuidados essenciais. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.334-47.

19- Márcio Flávio Moura de Araújo; Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas; Luciana Vlândia Carvalhêdo Fragosoll; Thiago Moura de Araújo; Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária, Texto contexto, vol.20 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2011.

ANEXO 1

Questionário de avaliação do Projeto.

1 Você gostou de participar do Projeto.

() sim () não

2 Qual era a dieta que você fez antes de participar do Grupo, tipos de alimentos, forma de preparação dos alimentos, frequência diária das refeições?

3 O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da dieta?

() sim () não

4 Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

5 As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Qual?

6 Você conseguiu, juntamente com seu médico, fazer uma dieta adequada?

() sim () não

7 Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?